



FICHE SANITAIRE DE LIAISON RENSEIGNEMENTS MEDICAUX



I / ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : Né(e) le: .../.../....

Groupe sanguin : Allergie médicamenteuse :

Restriction alimentaire : (Précisez)

- **Mon enfant n'a aucun problème de santé**

- **Mon enfant présente :**

.....

Un PAI a été mis en place au collège : - Oui - Non

II / VACCINATIONS

Merci de joindre une photocopie des pages correspondantes du carnet de santé

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

.....

III / RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole Oui Non	Varicelle Oui Non	Angines Oui Non	Rhumatismes Oui Non	Scarlatine Oui Non
Coqueluche Oui Non	Otites Oui Non	Asthme Oui Non	Rougeole Oui Non	Oreillons Oui Non

Merci d'indiquer les autres difficultés de santé éventuelles en précisant les dates

	.../.../....
	.../.../....
	.../.../....

Antécédents médicaux, recommandations des parents :

.....

.....

.....

.....

IV / RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

N° tél mobile : N° tél fixe N° tél travail :

N° de sécurité sociale :

Adresse du centre payeur :

Je soussigné, responsable de l'enfant nommé ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable encadrant à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Le responsable me préviendra de la situation le plus rapidement possible après prise en charge.

Date : **Signature**

